

NÍVIA RODRIGUES BERNARDO VAZ

***A SAÚDE COMO DIREITO:
Utopia ou Realidade***

Aprovado Pelo DSS
Em 15/07/96

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina para
obtenção do Título de Assistente Social,
orientado pela Professora Mestre Vera M^a
Ribeiro Nogueira.*

Catarina Maria Schmickler
Catarina Maria Schmickler
Sub-Chefe do Depto. de Serv. Social
CSE-UFSC

Florianópolis - SC, Julho de 1996

“Tudo é ousado a quem nada se atreve”.

Fernando Pessoa

Gratidão

à minha mãe, por sua força espiritual;

ao meu esposo, pelo seu amor e apoio;

aos meus irmãos e sobrinhos... amo vocês!

à memória do meu irmão Namir Rodrigues
Bernardo;

à professora Vera pela orientação deste
trabalho;

à Assistente Social Bernadete do campo de
estágio por ter passado, no decorrer deste,
seus conhecimentos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
CAPÍTULO I - DOS DIREITOS: A SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL	13
1.1. PROCESSO HISTÓRICO DO DIREITO	14
1.2. CIDADANIA E DIREITO À SAÚDE.....	26
1.3. A REFORMA SANITÁRIA E OS NOVOS DIREITOS	36
CAPÍTULO II - AS UNIDADES DE SAÚDE E A VIABILIZAÇÃO DA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE.....	51
2.1. A EQUIPE TÉCNICA - CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NO DISCURSO SOBRE A QUESTÃO SAÚDE.....	52
2.2. O USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE FACE AO DISCURSO E PRÁTICA DO SUS NA REDE PÚBLICA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO À SAÚDE.....	60
2.3. SITUAÇÃO QUOTIDIANA QUE REFLETE O (NÃO) DIREITO À SAÚDE.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
BIBLIOGRAFIA	75

Introdução

A questão da cidadania é, usualmente, entendida no sentido de que “quem é cidadão tem direitos e deveres”. Esses direitos vem sendo conquistados paulatinamente e se inscrevem nas áreas dos Direitos Civis e Políticos, chegando hoje aos Direitos Sociais e aos chamados Direitos de Última Geração. Essa evolução e ampliação dos direitos são frutos de lutas, que, historicamente vem sendo consolidados. O último Direito Social, reconhecido internacionalmente, é o direito à moradia, convencionado na Conferência do Habitat II, na Turquia, em junho do ano em curso.

Os direitos em relação à sociedade são vistos não apenas como garantias inscritas na lei e instituições, mas sim, estruturando relações sociais, isto é, na medida em que são reconhecidos, os direitos estabelecem uma forma de sociabilidade, regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas.

Via de regra, são considerados Direitos Sociais: o direito à educação, o direito à saúde, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados no Brasil estão incorporados na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo segundo, artigo 6º.

A Constituição busca assegurar a garantia destes Direitos Sociais, os quais, em outros países, já foram consolidados no decorrer do processo histórico das mudanças sociais. Vem surgindo assim novas demandas, que refletem a busca de novos direitos: contra armamentos nucleares, a favor da ecologia e outros.

A luta e os interesses das classes populares forçaram a implantação das políticas sociais. No Brasil e em outros países da América Latina, o padrão de política social emergido de um contexto de política econômica retardatária trouxe sérias consequências, entre elas, um sistema de proteção social que não se orienta pelos princípios da universalização e garantia do mínimo vital, mas sim, pela diferenciação das categorias dos trabalhadores em relação à pauta de benefícios a que têm acesso. Nesse tipo de sistema, além das políticas sociais funcionarem como um mecanismo de preservação das desigualdades do mercado, os benefícios concedidos a certas funções da classe trabalhadora caracterizam-se como privilégios de grupos, ao invés, de direitos universais de cidadania.

No Brasil, segundo Draibe (1988) o Estado Social instituiu-se e consolidou-se, instrumentalmente, em dois períodos - de 1930 a 1970, destacando-se duas fases de implementação de políticas sociais - 1920 - 1943 e 1966 - 1971. Observe-se que, em ambos os períodos, o Brasil se encontrava sob um regime autoritário e a implantação das políticas sociais serviria, entre outros objetivos, para a legitimação do mesmo. (LABATTE, 1990)

Labatte (1990), a partir da consideração de Sônia Draibe dos diferentes modelos do Estado de Bem-Estar, formula um padrão do sistema de proteção social brasileiro tendo como características os seguinte pontos:

- a extrema centralização política e financeira em nível federal das ações sociais do governo;
- uma grande fragmentação institucional;
- a exclusão da participação social e política da população nos processos de decisão;

- o princípio de autofinanciamento do investimento social através da criação de fundos financeiros específicos;
- o princípio da privatização;
- o uso clientelístico da máquina estatal.

A partir desta caracterização:

“o capitalismo brasileiro assinala um caminho conservador de edificação do Welfare State e, através de todas as distorções (examinadas no trabalho) especifica-o praticamente negando o bem-estar prometido pelo processo econômico”. (DRAIBE, 1988)¹

Labatte (1990) afirma que Draibe, estudando as perspectivas do Welfare State brasileiro destaca um conjunto de inovações, que vêm se processando como indicativas de um novo padrão de proteção social, que podem ser considerados em três níveis:

- nível *Político-institucional* que trata da inovação do plano político-institucional, evidenciando a descentralização político-administrativa, com fortes tendências à municipalização.
- nível *Social* ou a sociabilidade mesmo, implicada nas políticas sociais.
- nível *das relações* entre Estado, setor privado lucrativo e setor privado não-lucrativo, provocando uma série de inovações que dizem respeito à tendência de mudança nos modos de produzir e distribuir os bens e serviços sociais.

¹ DRAIBE in LABATTE, 1990:56-58)

No setor saúde, a atual conjuntura e o acúmulo de reflexões críticas são extremamente propícios à retomada do debate sobre os problemas que surgem na implementação das políticas. As recentes transformações, neste setor, apontam novos elementos de análise para pesquisadores e desafios crescentes para os profissionais da área.

A questão saúde vem sendo analisada e várias propostas vem se desenvolvendo ao longo do tempo. Somente nos últimos anos - década de 80 - é que se firmou a proposição de um Sistema Único de Saúde - SUS contido na Reforma Sanitária.

“A proposta da Reforma Sanitária e do SUS correspondeu a explicitação de um projeto societário contra-hegemônico que se propôs a alertar o encaminhamento histórico, no país, sistematicamente privilegiado das ações de saúde individuais, curativas, médicas e crescentemente dependentes de tecnologia, secundarizando por seu lado as ações de saúde pública entendidas aqui como ações e atividades nitidamente dirigidas para intervenções que beneficiam o coletivo das comunidades em geral e desta forma cada pessoa em particular. Esta constatação é resultante de uma hegemonia clara no Brasil de projetos societários de base minoritária e/ou elitista em relação a outros projetos de sociedade, do qual o SUS foi uma fração constituinte e que se propuseram historicamente a incorporação da totalidade da população brasileira, aos benefícios da modernidade”. (MAGAJEWSKI, 1994:36)

Neste modelo de SUS, a saúde passa a ser entendida como resultante de uma união de fatores ambientais, sócio-econômicos, culturais e biológicos, determinados em última instância pela posição de classe que cada indivíduo e/ou grupo social ocupa na organização da sociedade. Esta compreensão elimina a perspectiva de se alcançar a melhoria de condições de saúde da população apenas com ações médicas.

Assiste-se, assim, a uma radical inversão na concepção de saúde, apontando para ampliação do conceito vinculado a uma questão de classe e condições objetivas de inserção na produção. Tal idéia remete a busca de direitos concretos que se expressem no cotidiano da atenção à saúde e, sendo a saúde, um dos campos de aplicações da ciência política, e, considerando-se o Estado responsável pela garantia e acesso a todos os tipos de direitos, sentimos a necessidade de melhor compreender como se expressa, concretamente, o direito à saúde nas Unidades de Atendimento Primário à Saúde de Florianópolis, com o objetivo de:

- identificar o que o usuário e a equipe técnica entendem por saúde e direito à saúde;
- evidenciar os motivos da concepção de saúde e de direito à saúde encontradas;
- resgatar as expressões concretas que indicam o direito à saúde.

Tais objetivos se justificam, uma vez que consideramos a saúde não apenas como obrigação formal, mas fruto de um exercício cotidiano. Esse exercício implica em luta e alterações de posições.

O fato de estar escrito na Constituição que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, não garante um cumprimento automático e mecânico desse direito. A concepção de saúde, pautada no médico foi por um longo tempo veiculada, aceita e incorporada pelos prestadores de serviços, ou seja, a equipe técnica. Como no Plano institucional, é difícil e lenta a mudança, somente a partir do instante em que houver a compreensão de que a saúde é também um direito, haverá mudança no relacionamento

entre os prestadores de serviço e a população. Somente assim, equipe técnica e usuário se tornarão aliados.

Para coletarmos os dados empíricos escolhemos 10 Unidades de Atendimento Primário à Saúde de Florianópolis, que são Postos da Secretaria Municipal de Saúde. Os critérios para a escolha das unidades foram duas unidades por região. Este critério foi adotado para abranger as diversidades regionais da ilha, para o que se propôs a seguinte divisão:

<i>Região Sul -</i>	Carianos e Campeche
<i>Região Norte -</i>	Saco Grande II e Ingleses
<i>Região Leste -</i>	Lagoa e Canto da Lagoa
<i>Região Continente -</i>	Capoeiras e Monte Cristo
<i>Região Centro -</i>	Policlínica e Prainha

Estes dados empíricos foram obtidos de três maneiras:

1ª Entrevistas abertas com equipe técnica e usuários. Nas unidades foram entrevistados 2 (dois) integrantes da equipe técnica. Não houve critério de seleção para escolha desses integrantes; sendo escolhido os que estivessem na unidade no momento da visita do pesquisador. Foram entrevistados 21 (vinte e um) técnicos e as entrevistas com o usuário seguiram os mesmos critérios, tendo sido entrevistados 22 (vinte e duas) pessoas. Essas entrevistas tiveram itens norteadores:

- Conceção de saúde para os usuários da Rede Primária do Município de Florianópolis.
- Conceção de saúde para a equipe técnica da Rede Primária de Atendimento à Saúde do Município de Florianópolis.

- Concepção de direito à saúde para os usuários da Rede Primária do Município de Florianópolis.
- Concepção de direito à saúde para a equipe técnica da Rede Primária do Município de Florianópolis.
- A razão da alteração das concepções de saúde a partir do usuário e da equipe técnica.
- Expressões concretas de garantia de direito à saúde.

Foram entrevistadas 43 (quarenta e três) pessoas entre usuário e equipe

técnica:

- todas as entrevistas foram gravadas em fitas K-7 e, num segundo momento transcritas e analisados os discursos contidos nas mesmas, vinculando-se assim aos objetivos propostos.

2ª Consultas a livros de registros de ocorrências e livros de marcação de consultas que expressassem a participação do usuário, no sentido de resgatar informações que contribuíssem para o objetivo pretendido. Entretanto, o que se verificou, é que, em apenas uma unidade, encontrou-se o “livro de registro de ocorrências”; que, de per si, já indica a escassa participação do usuário na gestão e controle da unidade sendo por isso restritas as possibilidades para incorporar queixas e sugestões.

3ª Coleta de Dados Empíricos foi complementada pelos diferentes aspectos das unidades sanitárias:

- veiculação de informações visuais;
- forma de participação dos usuários;

- ambiente físico utilizado durante a espera do atendimento.

Estas observações foram registradas e posteriormente incorporadas à análise. O período de coleta de dados foi de 3 (três) meses, sendo fevereiro, março e junho.

A apresentação do resultado obtido com a investigação foi ordenada em dois capítulos:

- o primeiro aborda questões de cunho mais conceitual sobre direitos e direito à saúde
- o segundo apresenta a expressão dessas concepções nas Unidades de Saúde.

CAPÍTULO I

DOS DIREITOS: A SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL

1.1. PROCESSO HISTÓRICO DO DIREITO

A história do Direito se perde nas névoas do tempo, ou seja, desde que ultrapassamos a era da força física, da caverna e nos deslocamos para a época em que os homens passaram a viver em grupos, formando uma comunidade incipiente quando então sentiram a necessidade de disciplinar a sua própria conduta, formulando assim normas de respeito aos direitos de cada um.

Os princípios de uma vida social começaram a tomar forma em instituições sociais e costumes, assim a sociedade primitiva foi conduzida a incluir em sua organização algum reconhecimento de direitos e deveres humanos, de acordo com a consciência característica daquelas pessoas.

Portanto, a idéia de uma lei ou legislador é realmente muito antiga. Esta define e protege os direitos de origem legal dos homens, principalmente, os direitos recíprocos dos membros de uma comunidade, tendo havido, através dos séculos, comunidade na qual pelo menos uma parte daquilo que hoje denominamos “direitos humanos fundamentais” estava bem protegidas por um conjunto de normas dotado de complexidade e técnica refinada (MOURA, 1989).

Ralph Lopes Pinheiro, em sua obra, “A História Resumida do Direito” (1981), mostra que, no princípio, o Direito não era escrito, mas sim consuetudinário² e, com o decorrer dos tempos, o homem passa a ter a possibilidade de registrar seu pensamento através da escrita. Após a descoberta desse recurso, o homem sentiu a necessidade de registrar as normas jurídicas para melhor compreensão e mesmo aceitação.

² Consuetudinário: Adquirido

“Os direitos humanos não parecem uma generosa dádiva da natureza, mas uma penosa conquista efetuada através dos séculos por pessoas bastante conscientes e organizadas em grupos de pressão. Com claro conhecimento de seu valor e suas aspirações, dispuseram-se a reivindicar o que sentiam indispensável a seu desenvolvimento pessoal e social, apesar de eventuais obstáculos. Mas quem reivindica o que atende às reais necessidades e ao incomensurável valor do ser humano opõe-se à inércia de quem se julga dotado de prerrogativas invioláveis, supostamente travestidas de sacralidade e amparadas por uma lei não escrita, que seria “obra imortal dos deuses”. (MOURA, 1989: 22)

Sabendo então que existem códigos e leis desde a antigüidade, apontamos uma esquematização sobre o Direito através dos tempo:

- os famosos códigos de Hamurabi, o rei Assírio do século IV a.C, o mais antigo de que se tem notícia;
- a legislação Mosaica - os Dez Mandamentos - procuravam estabelecer rígidas normas de conduta para os Hebreus, a fim de que eles pudessem ser agradáveis ao Deus Jeová e alcançar a Terra Prometida. (LABATTE, 1990);
- o Código de Manu é uma coleção de leis do direito da Índia e sua importância é bem menor do que os acima citados. Ele não influenciou outras legislações. Situa-se aproximadamente no ano 1000 a.C;

- o Direito da Grécia antiga e o Direito Romano, ambas legislações que vieram a exercer grande influência no mundo ocidental (LABATTE, 1990: 88);
- as Leis das XII Táboas teve uma importância significativa para o povo romano, sendo tão importante para o povo romano quanto Carta Magna dos Ingleses e a Declaração dos Direitos Humanos da Revolução Francesa;
- o Alcorão, escrito em linguagem poética e compilado por Abu-Bekre e Osmar um pouco mais tarde, contou com a valiosa ajuda dos apontamentos de Seid. Ele se compõe de 114 *suratas*, que se estendem longamente, sobre os assuntos diversos, mostrando-se bastante faustidiosos no seu tratado. A palavra Alcorão significa *leitura em voz alta*;
- a Magna Carta Inglesa foi assinada, em 1215, por João Sem Terra, contra sua vontade, pressionado pelos nobres e pelo clero da Inglaterra. Ela continha vários dispositivos de real e vital importância para as liberdades, passando esse documento a ser considerado como “uma carta de princípios” a ser respeitada e cumprida por todos;
- a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (Revolução Francesa/1789), considerada a mais importante revolução da história na área de ampliação e reconhecimento de

direitos do cidadão. Faz-se necessário assim, algumas considerações referentes a mesma.

O povo francês, cansado de tolerar um regime em que eram tantos os privilégios e abusos da monarquia absoluta, onde os camponeses viviam esmagados pelo sistema feudal com extensas propriedades da nobreza e do alto clero, enquanto os camponeses passavam as maiores dificuldades sob o peso dos impostos, dízimos eclesiásticos e outros encargos, mobilizou-se e iniciou uma luta para alterar aquela situação. O poder do rei era absoluto; com uma simples ordem podia efetuar prisões e ordenar execuções sumárias, e somente a nobreza tinha acesso aos cargos da Corte, aos comandos militares e às dignidades eclesiásticas.

Segundo Pinheiro (1981) a Assembléia Constituinte na época era composta da nobreza, do clero e do chamado Terceiro Estado³, porém, desde 1614, não havia convocação. Nessa época, não existia liberdade religiosa e nem de expressão. A existência de 16 mil camponeses despertava antipatias generalizadas. Havia também falta de unidades administrativas, variando os impostos de província para província, com tribunais diversos, inclusive, os dos senhores de terra, os da municipalidade e os da igreja.

Apesar de um regime autoritário, a França desenvolvia-se com comércio e na expansão de manufaturas, gerando grandes recursos financeiros para a burguesia. Os não conformados com a situação por ocuparem posições inferiores eram, então, os principais interessados na revolução. A classe operária se expandia e passava a reivindicar melhores salários e melhores condições de trabalho, juntamente com o homem do campo, que esmagado pelos impostos se mostrava insatisfeito com a situação reinante.

³ Terceiro-Estado: Representação Popular.

Nesse contexto, surgiram intelectuais como Rousseau, Voltaire, Turgot e outros, com idéias avançadas, pregando a igualdade de todos perante as leis e a ausência de um direito nas leis da natureza, que justificasse “um homem se tornar escravo de outro”. Resumidamente, todos se posicionavam contra a opressão e a tirania, auxiliados pelos reflexos da luta pela independência dos Estados Unidos da América, em 1776, quando Thomas Jefferson afirmava ser preferível “morrer livre do que viver como escravo” e que “ao dar-nos a vida, Deus nos deu ao mesmo tempo a liberdade”.

Com esse clima favorável para a revolução, o rei, pressionado, convoca a Assembléia Geral, passando o povo a contar com uma poderosa força no Parlamento - o Terceiro Estado que se contrapõe ao clero e a nobreza.

Em 14 de julho de 1789, o povo saqueou a Praça dos Inválidos, recolhendo canhões e milhares de fuzis e, em seguida, dirigiu-se à prisão da Bastilha, à procura de mais armamento. Depois de algumas horas de luta, tomava essa prisão. Tal fato foi de importância decisiva para a revolução, visto que era o símbolo das injustiças do Antigo Regime. A Bastilha serviu, durante muito tempo, como prisão e era aureolada pela lenda de que se falava de horrores, crueldades, cárceres escuros, prisioneiros vítimas de torturas desumanas e devorados vivos pelos ratos.

Após este fato, houve tentativas do rei em se fazer concessões aos revolucionários, suprimir os direitos feudais, os privilégios fiscais e a venalidade dos cargos. Em agosto, os revolucionários franceses aprovam a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão pela Assembléia Nacional Francesa*. A discussão e aprovação da Declaração passou por dois momentos, segundo Bobbio:

- de 01 à 04 de agosto de 1789, discutiu-se o que deveria preceder a uma declaração de direitos antes da promulgação de uma constituição;
- de 20 à 26 de agosto de 1789, o texto pré-selecionado pela Assembléia foi discutido e aprovado.

A Constituição foi concluída em 1791. A situação do país, porém, não era boa. Havia fome e insatisfação. A maneira como ficou estabelecida a eleição dos representantes do povo - escolhidos dentre os proprietários que pagassem contribuição equivalente a 50 dias de salário - desagradou. (PINHEIRO, 1981)

“A Constituição estabeleceu a igualdade de impostos, secularizou o matrimônio, o registro e a instrução pública. Mas logo depois veio uma lei proibindo as associações de operários. Houve uma contra-revolução, em que as facções vitoriosas passaram a perseguir as vencidas”. (PINHEIRO, 1981:77)

Portanto, desta Revolução resulta uma nova ordem de idéias, fazendo surgir novos direitos e contrapondo-se às idéias de desigualdades injustificáveis que até então havia entre os homens.

O tema dos Direitos Humanos, que foi imposto aos soberanos franceses pela Declaração de 1789, é mais atual que nunca. A Declaração dos Direitos do Homem é considerada um pressuposto de democratização e de liberdade. (BOBBIO, 1992)

Os Direitos Humanos, que inicialmente, se circunscreviam ao âmbito de uma nação, posteriormente, ampliaram-se para o plano internacional, com a criação da ONU. Esta surge após a II Guerra Mundial, com o objetivo de criar um documento, ou seja, uma

declaração de direitos, que tivesse o cunho de universalidade e que servisse como um rumo a guiar os povos no presente e no porvir, obedientes àqueles princípios básicos de respeito aos mais fundamentais e sagrados direitos do cidadão, habitasse ele que parte fosse do universo. (PINHEIRO, 1981)

Para alcançar tal objetivo, foi enviada correspondência a todos os grandes pensadores da época, a todos os grandes juristas, políticos, escritores, sociólogos e pessoas de destacado valor solicitando a sua colaboração no sentido de se alcançar uma Declaração de Direitos, que em síntese exprimisse o pensamento universal.

“Essa Declaração de Direitos Universais foi aprovada em 10 de dezembro de 1948, em Paris, e se compõe de 30 artigos, sendo uma condensação do pensamento jurídico avançado da humanidade e, pelo menos em tese, o documento de sua mais expressiva conquista, em todos os tempos” (PINHEIRO, 1981: 119)

A ONU é uma organização entre países, de âmbito internacional, que objetiva a promoção do bem-estar de todos, que visa evitar conflitos, à obtenção de uma paz duradoura, de uma compreensão permanente entre os povos da terra, expressa nos valores humanos, na solidariedade, na fraternidade, no respeito às liberdades essenciais do homem e no direito.

Norberto Bobbio (1992) coloca que, anteriormente, a busca dos fundamentos absolutos dos direitos do homem, nasceu da ilusão de encontrar a razão e os argumentos irresistíveis e que ninguém poderá recusar sua adesão a tais direitos.

Essa ilusão se estendeu durante séculos aos juramentistas, que acreditavam ter colocado certos direitos acima da possibilidade de qualquer refutação. Hoje, não é mais

possível essa ilusão; a busca de um fundamento absoluto é, por sua vez, infundada, trazendo a o autor algumas dificuldades. A primeira delas é derivada da consideração de que *direitos do homem* é uma expressão muito vaga. Tentou-se várias vezes, defini-los o que resultou em definições traumáticas como as que seguem:

- ◆ Direitos do homem são os que cabem ao homem enquanto homem.
- ◆ Direitos do homem são aqueles que pertencem, ou deveriam pertencer, a todos os homens, ou dos quais nenhum homem pode ser despojado.
- ◆ Direitos do homem são aqueles cujo reconhecimento é condição necessária para o aperfeiçoamento da pessoa humana, ou para o desenvolvimento da civilização, etc.

A partir daí, nasce uma nova dificuldade; os termos avaliativos são interpretados de diversas formas, conforme a ideologia assumida pelo intérprete, tendo como efeito, muitas polêmicas apaixonantes, porém insolúveis. Em geral, o acordo obtido, de acordo com os polemistas, depois de várias discussões, é em aceitar uma fórmula genérica, que oculta e não resolve a contradição: essa conserva a definição no mesmo nível de generalidade em que aparece nas definições precedentes. As contradições reaparecem quando passa da enunciação puramente verbal para a aplicação. Sendo assim, nenhuma das definições citadas permite elaborar uma categoria de direitos do homem que tenha contornos nítidos.

Os Direitos do Homem constitui-se numa categoria variável, como a história destes últimos séculos demonstra. Esse modificou-se e continua se modificando com a mudança das condições históricas, ou seja, dos carecimentos e dos interesses das classes no

poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas e outras.

A categoria dos Direitos do Homem, além de sua variabilidade e indefinição é também heterogênea. Entre os direitos compreendidos na própria Declaração, existem pretensões divergentes e incompatíveis; portanto, as razões que sustentam uma, não sustentam outras. Por este motivo, não se deveria falar em fundamento e sim, de fundamentos, cujas razões se deseja defender.

A última dificuldade encontrada pelo autor - é saber se a busca do fundamento absoluto, ainda que coroada com sucesso, é capaz de obter o resultado esperado. Muitas vezes, esse não é apenas ilusão, é também um pretexto para defender posições conservadoras.

Bobbio (1992) afirma a idéia de que toda civilização estabelece deveres e obrigações, privilégios e direitos, supondo duas premissas fundamentais: em primeiro lugar, trata-se de algo que é declarado publicamente e, em segundo, trata-se de um conjunto de normas e leis que têm como objetivo regulamentar as relações entre as pessoas, grupos, classes e instituições de uma determinada sociedade e o poder constituído.

Do ponto de vista histórico, sustenta a afirmação de que a Declaração dos Direitos do Homem deriva de uma radical inversão de característica e perspectiva do Estado Moderno na representação do Estado/sociedade civil. Tal afirmação é encarada com forte ênfase, tratando dos direitos dos cidadãos, não mais isoladamente como se tratava anteriormente - direito do soberano e direito do súdito. Essa inversão de perspectiva, deu-se no início da Era Moderna, ocasionada pelas guerras de religião, através das quais se vai afirmando o direito ainda mais substancial e originário, o direito do indivíduo a não ser

oprimido. Esse caminho da concepção individualista da sociedade acontece lentamente, percorrendo cada Estado até o reconhecimento do Direito do Cidadão do mundo.

Os direitos do homem tornam-se universais; porém, uma coisa é proclamar esse direito, e outra, é desfrutá-lo, efetivamente, de um direito que se tem.

“... A linguagem dos direitos tem indubitavelmente uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novos carecimentos materiais e morais; mas ela torna-se enganadora se obscurecer ou ocultar a diferença entre o direito reivindicado e o direito protegido. Não se podia explicar a contradição entre a literatura que faz a apologia da era dos direitos e aquela que denuncia a massa dos ‘sem-direitos’. Mas os direitos de que se fala a primeira são somente proclamados enquanto nas instituições internacionais e nos congressos, são aqueles que a esmagadora maioria da humanidade não possui de fato (ainda que sejam solene e repetidamente proclamados)”. (BOBBIO, 1992:10)

O Direito continuou a modificar-se com a mudança das condições históricas. Direitos que foram absolutos no século XVIII, foram submetidos a radicais limitações nas declarações contemporâneas. Direitos que as Declarações do século XVIII sequer mencionavam, como os direitos sociais, são agora proclamados com grande ênfase nas recentes Declarações. Justifica-se assim, que não existem direitos fundamentais por natureza e sem valor em uma determinada época histórica ou numa determinada civilização, não sendo todavia fundamental em outras épocas e em outras culturas.

Historicamente, podemos afirmar que os Direitos do Homem foram se concretizando em três fases, segundo Bobbio:

- A *primeira fase* é a filosófica onde os jusnaturalistas modernos defendiam a idéia de que o homem enquanto tal tem “direito por natureza” que, nem o estado, nem ninguém pode subtrair. Em outras palavras, o verdadeiro estado do homem é o estado natural, onde os homens são livres e iguais, considerando o estado civil uma criação artificial. Porém, mesmo com essa hipótese deixada de lado, a Declaração guarda um claro eco desta fase: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direito’. Mas, é apenas um eco, porque os homens, de fato, não nascem livres nem iguais e a liberdade e a igualdade são valores a perseguir.
- A *segunda fase* da história da Declaração acontecerá na transição da teoria para a prática, pensando-se somente no direito realizado. Neste período, a afirmação dos Direitos do Homem se fortalece em concreticidade e perde a universabilidade. Os direitos são protegidos, mas valem somente no âmbito do Estado que os reconhece, não sendo assim os direitos do homem, e sim, do cidadão.
- A *terceira fase* se expressa na conceituação de Bobbio (1992:30)

“... Com a Declaração de 1948, tem início uma terceira e última fase, na qual a afirmação dos direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva: universal no sentido de que os destinatários dos princípios nela contidos não são mais apenas os cidadão deste ou daquele Estado, mas todos os Homens;

positiva no sentido de que põe em movimento um processo em cujo final os direitos do homem deverão ser não mais apenas proclamados, ou apenas idealmente reconhecidos, porém efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado. No final deste processo os direitos do cidadão terão se transformado, realmente, positivamente, em direitos do homem. Ou pelo menos, serão os direitos do cidadão daquela cidade que não tem fronteiras, porque compreende toda humanidade, ou em outras palavras, serão os direitos do homem enquanto direitos do cidadão do mundo”.

1.2. CIDADANIA E DIREITO À SAÚDE

A questão da cidadania surge como consequência do capitalismo nas sociedades modernas. O sentido etimológico da palavra cidadania deriva da noção de cidade; neste sentido, é a partir da formação da sociedade burguesa que o centro da vida econômica se desloca das atividades agrícolas no campo para as atividades industriais nas cidades. Esse deslocamento passa a determinar o surgimento das relações sociais de base urbana. A cidade e a indústria passam a determinar as condições de produção na agricultura e as próprias condições de vida no campo. Portanto, é dentro dessa compreensão que se processa a passagem da cidadania dos burgos medievais à cidadania nacional, entretanto essa passagem histórica inserida na própria História da Formação e Unificação do Estado Moderno e no conseqüente desenvolvimento e generalização da economia mercantil. Essas determinações conotam o sentido político da cidadania - de que ser cidadão é participar ativamente da vida da cidade, agir politicamente. (COSTA, 1988)

O Estado Moderno é o único agente legitimado, capaz de criar legalidade para enquadrar as formas de relações sociais que vão se impondo. O princípio da estabilidade do direito se desenvolveu junto com a doutrina política da soberania, característica essencial do Estado. Na definição do Estado Moderno está a função de produzir o Direito e a ele submeter-se ao mesmo tempo em que se submete às ordens normativas setoriais da vida social.

O interesse verdadeiro da burguesia mercantil, ao suplantar a nobreza e o clero como nova classe social dos meios de produção, é o de adequar aos seus interesses uma ordem estatal fortalecida, capaz de legitimar um sistema de normatividade. Tal ordenação é

firmada na logicidade de regras genéricas, abstratas e racionalizadas, disciplina, com segurança e coerência, questões do comércio, da propriedade privada, das heranças, dos contratos e etc...(WOLKMER, 1994)

Marshall em sua obra *Cidadania, Classe Social e Status* (1967) divide o conceito de cidadania em três elementos:

- O *elemento civil*, formado dos direitos necessários à liberdade individual; liberdade esta, de ir e vir, liberdade de imprensa, de pensamento e de fé e de direito à justiça (sendo este o direito de se defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros indivíduos pelo encaminhamento processual.
- O *elemento político*, entendido como o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de um organismo. Os direitos políticos estão ligados à formação do Estado democrático representativo e implicam uma liberdade ativa, uma participação dos cidadãos na determinação dos objetivos políticos do Estado.
- * • O *elemento social* refere-se desde o direito mínimo de bem-estar econômico e a segurança ao direito de participar, por completo, na herança social, levando a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões predominantes na sociedade. Os direitos sociais, maturado pelas novas exigências da sociedade

industrial implicam, de per si, um comportamento ativo por parte do Estado ao garantir aos cidadãos uma situação de certeza. É nesse direito que nos deteremos a partir deste momento, mais especificamente na Saúde como um Direito Social.

O fato de ter escolhido Marshall para falarmos sobre a questão do direito e da cidadania, sugere-se, segundo Vasconcelos (1988), uma avaliação crítica do raciocínio de Marshall. Este utiliza-se, implicitamente, de uma concepção próxima à visão racionalista da mudança de uma sociedade pré-industrial, de uma ordem comunitária para outras relações formais e nacionais. Tal mudança é examinada como processo evolucionista de uma sociedade particular, a Inglaterra, onde tal desenvolvimento implicou na extensão de cada direito, até incluir toda a população, resultando assim na sua democratização e sua redefinição no contexto da sociedade moderna.

A sociedade moderna para Marshall apontam formas de solidariedade diferentes da sociedade pré-industrial, sustentada, agora, em um senso de permanência à comunidade baseado na fidelidade do homem livre, dotado de direitos e protegidos por uma lei comum. Seu crescimento é estimulado, não só pela luta por direitos, como também pelo prazer de conquistá-los. Portanto, a cidadania para Marshall é uma forma de igualdade de status extraída do pertencimento de uma “sociedade societal” a moderna noção de Estado. (VASCONCELOS, 1988)

Segundo Vasconcelos (1988: 24)

“O tema da comunidade é retomado na relação estabelecida entre os direitos sociais e estratificação social. Marshall inicia a discussão neste ponto, mostrando o que para ele constitui um paradoxo, o de que o crescimento da cidadania,

essencialmente igualitário, coincidiu com o desenvolvimento do capitalismo, um sistema de desigualdade. Ele observa porém, como nos mostra Mishra, que a cidadania significa igualdade como membro de uma comunidade e não a igualdade em qualquer outro sentido. Assim o igual status como cidadão é completamente compatível com a desigualdade em outros aspectos, resultantes das operações de mercado e de outras estruturas do capitalismo. 'A extensão dos serviços sociais não é primariamente uma forma de igualizar rendas. Em alguns casos podem ser, em outros não. A questão é relativamente desimportante, ele pertence a um departamento diferente da política social'. Sendo assim, houve um reconhecimento por Marshall da existência de alguma tensão entre a igualdade da cidadania e as desigualdades do capitalismo. Ao referir especificamente na Inglaterra do Pós-Guerra, ele assinalou que o enriquecimento do status da cidadania implicou dificultar a manutenção das desigualdades econômicas".

Sendo assim, houve um reconhecimento por Marshall da existência de alguma tensão entre a igualdade da cidadania e as desigualdades do capitalismo. Ao referir, especificamente, na Inglaterra do Pós-Guerra, ele assinalou que o enriquecimento do status da cidadania implicou sem dificultar a manutenção das desigualdades econômicas.

✱ Reconhecemos que há um grau de avanço representado pelos direitos civis e políticos, porém havia muitas necessidades sociais básicas que ambos não contemplavam. Então se desenvolveu nos horizontes de lutas, conflitos e demandas e a dimensão imperativa dos *novos* direitos do homem, não mais como expressão única de individualidades, mas sim como reflexos de necessidades sociais envolveu sujeitos coletivos concretamente integrados.

A criação desses *novos* direitos de cunho social é proclamada, não mais para restringir radicalmente o poder do Estado, mas para exigir uma certa ação positiva do Estado, com o intuito de assegurar e garantir a efetivação dos direitos nascidos dentro da própria

sociedade burguesa. Esses direitos incutidos a partir de carências vitais e sociais, obtidos por confrontos e reivindicações permanentes vão exigir, quase sempre, a presença de poderes públicos para implementar as condições necessárias à sua realização.

O fundamento dos direitos sociais contemporâneos é encontrado na permanente insatisfação de um corpo social cada vez maior que não consegue saciar as necessidades materiais e culturais, geradas pela sociedade industrial de massa e pelo paradigma centralizador de cultura política introjetada. (WOLKMER, 1994)

Segundo WOLKMER (1994:18):

“Concretamente, o que se pode afirmar é que toda essa tradição de afirmação e conquista de direitos a partir das necessidades por liberdade individual, participação política e maior igualdade econômica se processou na maioria das democracias representativas das nações centrais industrializadas do ocidente capitalista. Sob os influxos de um legado progressivo, advindo dos princípios da modernidade iluminista, dos ideais de racionalidade formal e de plena cidadania democrática,, os países do Primeiro Mundo em grande parte já conseguiram o reconhecimento e a garantia dos direitos civis e sociais básicos. Tais conquistas dos direitos de primeira, segunda e terceira gerações permitem, que hoje, as democracias burguesas avançadas caminhem para a materialização dos chamados direitos de quarta geração. A prioridade das nações pós-industrializadas não são mais direitos políticos e sociais mínimos, mas a materialização normativa de suas necessidades por segurança. Daí a razão de suas lutas e reivindicações por direitos difusos, direitos de minorias e direitos relativos a proteção ecológica, ao desarmamento, etc”.

Ao contrário das condições sociais, materiais e culturais reinante nos países de Primeiro Mundo, nas sociedades latino-americanas, tomando, como exemplo, o Brasil - as

reivindicações são a nível de direitos civis, sociais e políticos. Assim, as necessidades e as lutas pela implementação de direitos ocorrem em função das necessidades de sobrevivência e subsistência de vida. Como consequência, a mobilização dos movimentos sociais implica tanto na luta para tornar efetivos os direitos proclamados e concebidos formalmente, quanto a exigência para impor *novos* direitos que ainda não foram reconhecidos por órgãos oficiais estatais e pela legislação positiva institucional. Sendo assim, países como o Brasil, marcados pela dominação política de espoliação econômica e desigualdades sociais, torna-se natural a configuração permanente de conflitos, contradições e demandas por direitos.

Nesse contexto, de sociedades divididas em estratos sociais, com interesses antagônicos, contendo instituições político-jurídicas precárias, emperradas pelo formalismo burocrático, historicamente movidas pelo recuo e avanço na conquista pelos direitos torna-se assim natural que as mudanças e a evolução no modo de viver, produzir, relacionar e consumir dos indivíduos, grupos e classes podem perfeitamente determinar anseios, desejos e interesses que ultrapassam os limites e as possibilidades do sistema, proporcionando situações de privação, carência e exclusão.

Dallari (1995) aponta que o reconhecimento dos chamados direitos sociais nas constituições burguesas, onde era incluída a saúde, exigiu um processo de longo amadurecimento. Comprovado que o “direito à saúde” é um processo histórico, também como outras gamas de direitos, percebemos que nas diversas constituições, principalmente a dos países mais desenvolvidos, possuía em um de seus artigos, a garantia pelo direito à saúde:

A Constituição Italiana de 1976 considera a saúde como direito constitucional: “Protege a Saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade e garantir tratamento gratuito aos indigentes”.(Art.32)

A Constituição Portuguesa de 1976, mesmo tendo passado por duas revisões, mantém a afirmação: “Todos tem direito de proteção à saúde, de a defender e promover”.

A Espanha no texto referente ao povo em 06 de dezembro de 1978, reconhece o direito de proteção à saúde através de medidas preventivas e das prestações de serviços, dando a atribuição da competência de organizar e tutelar a saúde pública ao poder público, através de medidas preventivas das prestações de serviços necessários.

△ No Brasil, a incorporação constitucional ocorreu de forma processual lenta. Nenhum texto constitucional havia se referido explicitamente sobre a saúde como integrante do interesse público, até a Constituição de 1988, afirma Dallari (1995).

△ É no início do século XX, no auge da economia capitalista exportadora cafeeira, que a saúde emergiu como uma questão social. A sociedade brasileira da época passava por momentos de crise, ocasionado pela aceleração do crescimento urbano e do desenvolvimento industrial. A urbanização acentuada agrava as condições de saúde da população. Neste cenário, as propostas sobre saúde pública não se caracterizam pela tentativa de expandir seus serviços por todo o país. Mesmo com essa situação, a política de saúde era somente voltada, através das ações do Estado, apenas junto às áreas produtivas. Não existe uma política nacional pública de saúde, apenas ações consideradas casuais, trabalhando somente as endemias do momento.

O caráter social referido à área da saúde era decorrente dos problemas endêmicos e da falta de saneamento. Neste caso, afirma-se que a crise sócio-econômica e sanitária ocasionada pela febre amarela e outras endemias teve efeitos catastróficos sobre a economia cafeeira, arriscando a mão-de-obra dos imigrantes, prejudicando também a

exportação cafeeira, através dos portos brasileiros, onde os navios estrangeiros eram proibidos de atracar. (MELLO, 1994)

Este ano de 1930 é marcado também pelo surgimento de políticas sociais de *corte social*, originando na área da saúde uma política nacional formada por dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, de caráter restrito frente às necessidades da população, devido à limitada capacidade financeira do Estado.

A efetivação do processo de centralização federal da saúde ocorreu também em 1930, após a criação do Ministério da Educação e Saúde; sendo este, composto por dois departamentos distintos: educação e saúde. As ações de saúde pública se destacaram através de campanhas sanitárias como elementos centrais de intervenção de técnicos do governo, para atuarem junto aos governos estaduais. Já, as ações de Medicina Preventiva eram de caráter restrito frente às reais necessidades da população, uma vez que o sistema era incapaz de atender a assistência médica individual, devido à limitada capacidade financeira do Estado e por que o molde sanitarista implantado era dispendioso em virtude dos rigorosos requisitos técnicos e assistência médica individual e coletiva (MELLO, 1994).

O Ministério da Saúde é criado em 1953, concretizando o suporte institucional burocrático exigido pelo Departamento Nacional de Saúde desde sua última reforma - 1941, assumindo então o controle da formação de técnicos em saúde pública, incorporando serviços de combate às endemias e institucionalizando as campanhas sanitárias.

No Brasil, a trajetória da saúde tem grande ênfase na medicina privada e com isso a saúde pública é deixada de lado, acarretando assim o difícil acesso da população à mesma.

Com o decorrer do tempo percebemos que o sistema de saúde brasileiro tendia a privilegiar a medicina curativa, provocando danos na área preventiva e devido a essa tendência aumentaram as moléstias relacionadas à falta de saneamento básico.

O direcionamento dado à saúde na Previdência se resume na formação de vários órgãos e estruturas em benefícios da população, os quais não conseguem atender de forma adequada as demandas dos usuários (do IAPAS até o SUS). Alguns destes órgãos responsáveis pela área da saúde, muitas vezes, preferem gastar em convênios com redes particulares priorizando fins lucrativos, ao invés de investirem na rede pública para que toda a população tenha acesso à saúde.

Segundo Mello (1994: 10)

“O que acontece também é que os serviços médicos estão distribuídos de forma desigual numa mesma região. Desta maneira, os grupos populacionais que moram longe dos centros urbanos possuem menor acesso a esses serviços e, com frequência, necessitam sacrificar uma parte de seu salário para utilizá-los - gastos com transporte - isto sem pensar nas graves complicações provenientes da falta de acesso ao atendimento médico”.

Nos anos 60, ocorre o processo de expansão da medicina previdenciária e a criação de uma estrutura de atendimento hospitalar de origem privada e direcionada para organização de empresas médicas. Os serviços de saúde transformam-se em organização capitalista com a integração do Estado, empresas industriais e empresas de serviços médicos.

As décadas de 70 e 80 são marcadas pelos estudos diagnósticos sobre a questão da saúde.

A partir da metade dos anos 70, é que, devido a grande pressão social, implementou-se uma proposta de atenção à saúde, decorrente do resultado das eleições em algumas cidades, o que resultou perda o governo, provocando assim, o começo de organização dos movimentos populares.

No início da década de 70, muitas pesquisas já demonstravam que o modelo de desenvolvimento adotado pelo país durante a ditadura militar acarretava a concentração de renda - não havia distribuição de benefícios sociais, acarretando assim prejuízo na área da saúde e o sistema implantado na época, não atendia adequadamente as necessidades da população.

Devido ao regime ditatorial da época, com repressões políticas e censura na imprensa, os estudos na área da saúde não circulavam livremente, somente alguns técnicos e professores universitários tinham acesso. Lideranças políticas que poderiam fazer denúncias estavam cassadas e viviam no exílio.

Nesta mesma época, na área dos profissionais de saúde, surgiu um movimento chamado “Movimento Sanitário”, que utilizou estudos feitos anteriormente, para começar a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde implantado.

1.3. A REFORMA SANITÁRIA E OS NOVOS DIREITOS

No Brasil, a Reforma Sanitária insere-se no processo de construção democrática na medida em que, ao propor o deslocamento efetivo do poder, desde um setor específico, mas sem se reduzir a ele, trata de formular propostas contra hegemônicas e organiza uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação.

No processo de democratização da sociedade brasileira, observam alguns autores, desde a segunda metade dos anos 70, com seus altos e baixos, vêm-se criando novos espaços para a atuação das forças políticas existentes no país, incluindo aí, as que lutam por uma reforma sanitária e pela instituição de um novo Sistema Nacional de Saúde.

“A democratização e o concomitante fortalecimento da autonomia da sociedade civil está obrigando as elites brasileiras a mudar a forma tradicional com a qual estavam acostumados a manter e exercer seu poder - a dominação/coerção. Elas atualmente necessitam legitimar-se perante a sociedade, o que vale não só para as classes dominantes, como também para as subalternas. O revigoramento do espaço público no Brasil faz com que as instituições públicas e as políticas sociais sejam cada vez mais objeto de permanente tematização, e que qualquer proposta de mudança ou permanência do status quo tenha de ser conquistada na sociedade, no marco de regras democráticas, sob pena de inevitável fracasso. Assim, duas concepções parecem estar sendo superadas no caso brasileiro: a de uma elite governando *por cima* da sociedade, e as forças de oposição que tomariam de súbito o aparelho de Estado” (TEIXEIRA, 1989:92).

Em virtude do processo de redemocratização do país, a área de saúde passou a sofrer influências de fortalecimento dos profissionais progressistas do setor e da crescente tematização da questão saúde na sociedade em geral.

“... A saúde é uma questão por sua própria essência, supera os marcos corporativistas, pois interessa a sociedade como um todo. Seu caráter é intrinsecamente público, já que não se pode pensar em sua cidadania plena, sem que os direitos a saúde estejam assegurados. Assim, a luta para que a saúde seja ‘um direito de todos e dever do Estado’, tema da VIII Conferência Nacional de Saúde é uma das bandeiras do Movimento Sanitário - é potencialmente capaz de abranger vastíssimos setores da população pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais”. (TEIXEIRA, 1989:93)

Ainda que o Projeto de Reforma Sanitária tenha partido de intelectuais do setor, este visa, principalmente, atender as carências de classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde. Sendo assim, a luta pela reforma sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classe do país.(TEIXEIRA, 1989)

Com o passar dos tempos, o Movimento foi se ampliando, incorporando parlamentares, promovendo debates e divulgando suas idéias.

Em 1977, é criado o Sistema Nacional de Assistência Social - SINPAS, com o objetivo de organizar e racionalizar os aspectos críticos advindos da expansão dos gastos com a assistência médica, subdividindo assim, o sistema antes centralizado no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Nesse sentido a assistência médica passa a ser gerenciada pelo INAMPS. O INPS torna-se encarregado da prestação de benefícios em

dinheiro aos segurados e da prestação de assistência complementar e reabilitação profissional (OLIVEIRA, 1989).

Em 1980, com o agravamento da crise, o próprio governo elaborou um Projeto de Reorientação Global do Sistema de Saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde conhecido como Prev-Saúde e que deveria integrar o Ministério da Previdência Social. No entanto, sofreu tanta pressão, que não saiu do papel.

Em 1982, não suportando mais os gastos da Previdência Social com o INAMPS, são adotadas medidas de um lado, mudando a forma de pagamento no setor privado contratado, pela introdução do pagamento por diagnósticos e não mais por atos médicos; e, por outro lado, celebrando convênios com os estados e municípios, repassando recursos e utilizando a capacidade das instalações públicas das instituições que se encontravam ociosas.

Em 1985, devido a superação do Regime Militar e o surgimento da Nova República, o movimento social tornou-se intenso, possibilitando uma discussão maior sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Houve muita polêmica, especialmente sobre a conveniência ou não da unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde.

Prevista nos planos do novo governo e tendo em vista a próxima realização da Assembleia Constituinte, onde seria discutido a nova ordem jurídico-industrial do país e tendo sido celebrado um pacto social entre segmentos sociais, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde para discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde do país.

Com uma ampla participação, em torno de 5.000 pessoas (dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência discutiu a situação da saúde no país e aprovou um relatório, cujas recomendações

passaram a contribuir para o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, já então, plenamente legitimado pelos segmentos identificados com os interesses populares e que foi levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, para ser discutida com outras propostas sobre o que seria inscrito na Constituição na área da Saúde.

O relatório coloca de forma sintetizada o conceito de saúde ampliado, vinculado à proposta sanitária:

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas quotidianas. Em seu sentimento mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, rendas, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes da organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades a nível de vida”. (MAGAJEWSKI, 1994:103)

O Movimento de Reforma Sanitária, conceituado por Mendes (1985) é visto como um processo modernizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucionais e político-operativo, para dar conta da saúde do cidadão, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituindo-se sob a regulação do Estado. Ainda objetivando a eficiência, eficácia e equidade e construindo permanentemente, a sua base social da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro programa de assistência do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. Este movimento traz consigo a necessidade de se repensar a equidade e o direito à saúde.

Por este motivo, é primordial que a saúde seja direito adquirido, não por meio de contratos e pagamentos de contribuições para a previdência ou outro tipo de seguro, mas que seja um direito das pessoas pelo simples motivo de existirem, de serem cidadãos e de viverem numa sociedade regida por leis e contribuírem para o seu desenvolvimento.

Em 1988, é aprovada a nova Constituição Federal, definindo o Brasil como um Estado Democrático de Direito. Isto significa que foi adotado o princípio básico do chamado Estado de Direito: a administração Pública está vinculada às escritas previsões legais, não existindo autonomia da vontade, quando está em pauta o exercício de um ato administrativo. A Constituição contém, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde. Esta incorporou, em grande parte, os conceitos propostos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A saúde foi incluída dentro do capítulo chamado Seguridade Social - que é o conjunto das ações de saúde, previdência social (pensões, aposentadorias e outros benefícios financeiros) e assistência social, ou seja, um conjunto de políticas e ações dirigidas à proteção social da população, com um financiamento comum. Por isso a saúde é financiada pela Seguridade Social, além de outras fontes:

“Saúde é um direito de todos e um dever do Estado. (Constituição Brasileira, Art. 196).

Considerando a afirmação do Estado Democrático de Direito, foram aprovadas as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, destinadas a esclarecer o papel das esferas do governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas perspectivas e atuações para garantir o cuidado da saúde.

A lei 8.080, em seu Art. 7, Inciso I à VIII, apresenta os itens que dispõe os direitos:

- “I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégio de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VI - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a locação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade”.

Como já havíamos nos referido anteriormente, a sociedade brasileira tem uma história marcada pelo autoritarismo e pela exclusão; a divisão entre os incluídos e os excluídos marcou as relações sociais no país - não podendo então ser diferente no setor saúde. No decorrer dos anos e das lutas populares pela cidadania, muitas conquistas avançaram,

particularmente, no plano dos direitos civis e políticos. Liberdade de locomoção, liberdade de crença religiosa, liberdade de associação, igualdade perante a lei, etc.

Torna-se indiscutível o avanço no plano do reconhecimento formal dos direitos sociais, porém existe uma grande distância entre as determinações constitucionais e as condições de efetivo exercício desses direitos para grande parte da população brasileira.

Segundo Barros (1994), mais de trinta milhões de brasileiros não têm acesso ao mais elementar dos direitos - o de ter alimento necessário para garantir sua qualidade de vida. Somente uma parcela restrita da população tem condições dignas de trabalho, com uma remuneração condizente com o atendimento de suas necessidades básicas. Enquanto isso milhões de brasileiros vivem em péssimas condições de saneamento básico, expostos a permanente risco de doenças. Isso significa que, em matéria de direitos sociais, a maior parte da população está distante do exercício da cidadania.

Para que ocorra inversão neste quadro, é preciso mudanças profundas da sociedade e da ação do Estado. No plano das relações sociais, é preciso começar pelo efetivo reconhecimento dos direitos universais, onde cada pessoa deve se reconhecer e reconhecer o outro como portador de direitos. Esse é um processo que apenas se inicia na sociedade brasileira, que por décadas se acostumou a aceitar os direitos sociais como privilégios de alguns.

Segundo Telles (1994), quando colocamos o direito na ótica da sociedade, isto é, não apenas como as garantias inscritas na lei e instituições, mas sim como relações sociais que se estruturam, na medida em que são reconhecidos, os direitos estabelecem uma forma de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro, como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas.

Segundo a mesma autora

“...para colocar em termos mais precisos, os direitos operam como princípios reguladores das práticas sociais, definindo as regras das reciprocidades esperadas na vida em sociedade, através da atribuição, mutuamente, acordada (e negociada) das obrigações de cada um. Como forma de sociedade e regra de reciprocidade, os direitos contraem, portanto, vínculos propriamente entre indivíduos, grupos ou classe..” (TELLES, 1994:94)

Portanto, tal afirmação passa pela normatividade legal e institucional da vida social, dependendo, então, de uma cultura pública democrática, que se abra ao conhecimento de legitimidade de conflitos e da diversidade dos valores e interesses demandados como direito.

A sociedade é extremamente complexa, contraditória e impregnada por ambivalências de todos os tipos possíveis.

Sendo assim,

“... é no jogo das ambivalências inscritas na vida social, que a questão da cidadania se define como problema - problema teórico, problema histórico, problema político - que escapa a fórmulas pré-definidas, pois ancorada num terreno sujeito à imprevistos de acontecimentos e constituído na interseção entre a história, cultura e política, numa combinação nem sempre muito discernível entre tradições preexistentes e a novidade dos termos presentes, seja como for, é um terreno no qual convergem o pesado legado de uma tradição autoritária e excludente e os dilemas postos pelas transformações em curso na sociedade e no mundo contemporâneo”. (TELLES, 1994:93)

Há uma rápida modificação da sociedade, com isto torna-se, cada vez mais, complexa, heterogênea, diferenciada, com novas tendências surgindo e cruzando, transversalmente, a estrutura de classe, desmanchando identidades tradicionais e criando

outras; gerando, assim, a pluralidade de interesses e necessidades, nem sempre convergentes, quando não conflitantes.

As organizações estatais não dão conta das exigências dos cidadãos nas quais referências identitárias tradicionais são desgastadas pela emergência de diferenças sociais, culturais e simbólicas que escapam aos mecanismos tradicionais de representação - questão essa que implica em desafiar a imaginação política e o difícil problema de tornar possível de avaliar a heterogeneidade inscrita na vida social. Essa diz respeito ao peculiar artifício civil que são as leis e os direitos, como referências de uma cultura pública igualitária e desprovida de prerrogativas (Telles, 1994).

É dessa mediação que dependem as regras de uma convivência cidadã através do exercício prático da civilidade, essa própria forma de sociabilidade comandada pelo que Pharos⁴ chama de direito ordinário, que cria uma intersubjetividade regida pelo reconhecimento da alteridade, que tem como medida o ideal de equidade e, como expectativa, a validação e legitimação de atos, valores, opiniões e aspirações. Sendo assim, sem essa mediação, as diferenças podem ser traduzidas na quebra de identidades autogeridas, enclausuradas em localismo de caráter comunitário e abrindo campo para a emergência dessa espécie de fundamentalismo, que se observa de século em século, e que o mundo contemporâneo vem nos evidenciando com os sinais mais variados possíveis. Essas questões são própria da sociedade brasileira, ou nossa diferença está caracterizada por se constituir de um imaginário igualitário dos “tempos modernos” e nem mesmo chegou a garantir o princípio básico da equivalência jurídica que a noção de igualdade supõe. (TELLES, 1994)

Segundo Telles

“Em uma sociedade como essa, a afirmação das diferenças quando não repõe privilégios, é feita na lógica de

⁴ Pharos, Patrick. *Le civisme ordinaire*. Paris. Librairie des Méridiens. 1985.. TELLES, Vera. *Movimentos Sociais*. 1994. Brasiliense. São Paulo/SP.

discriminação que transfiguram desigualdades em modos de ser não apenas distintos, mas incomensuráveis por que ancorados na (suposta) ordem natural das coisas, fora portanto do vínculo civil que os direitos constroem ou deveriam construir. E isso se projeta por inteiro no drama da pobreza brasileira, pois as distâncias sociais são tão grandes que parece não ser plausível de uma medida comum que permita que questão da justiça se coloque como problema e critério de julgamento nas relações sociais. O fosso social é imenso e parece obstruir a linguagem comum e, portanto, do convívio social, interlocução e debate comum em torno de questões pertinente. Isso é propriamente o *apartheid social*'. (TELLES, 1994:17)

Esta sociedade é composta de heterogeneidades e desigualdades, nas formas como distribui e acessa os bens e os recursos, e as diferenças são desenhadas pela ordem das demandas acumuladas no passar dos anos, gerando, assim, uma conflituosidade inédita que atravessa todas as dimensões da vida social. É nessa dinâmica de conflitos que se ancoram esperanças de cidadania e generalização de direitos. Porém, é nela, também, que o problema se localiza em um contexto no qual se redefinem as relações entre Estado, economia e sociedade, por conta de transformações econômicas e sociais que escapam a mecanismos institucionais de regulação e ordenamento das relações sociais.

O Estado vem passando por uma crise que desestrutura referências que obtiveram consenso durante décadas; a essas projetaram-se esperanças de progresso pela qual organizaram o próprio país, objetivando ações futuras. Esta crise se aglutina com a desorganização e destruição de instituições e serviços públicos dos quais dependem, grandemente, as regularidades da vida social e que converge para uma corrosão do sentido mesmo de ordem pública, do que são expressão as evidências de uma deterioração de padrões societários, incluindo a violência diária, generalizada na sociedade brasileira.

“O espetáculo público armado em torno do Estado”, denominado por Telles (1994:), é feito de impunidades, corrupção, irracionalidade das burocracias estatais e outros. Fornecem provas da verdade um discurso que prega o mercado como paradigma e suprime a questão da responsabilidade pública, tal noção que nunca teve uma posição na cultura política desse país.

Segundo Barros (1994:85):

“Temos que ser sujeitos políticos e sociais. O sujeito é o ser que atua, que age, que participa das decisões que afetam, que luta para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possa usufruí-los. Ser cidadão não é esperar que outros - seja o Estado, sejam as organizações da sociedade - nos concedam ou nos coloquem como alvo ou objeto de suas ações. A cidadania não pode ser dada por alguém ou oferecida como favor. Ela exige que cada um saiba dizer “eu tenho direito”- pois só haverá o efetivo reconhecimento pelo outro desse direito se houver ao mesmo tempo o auto-conhecimento”.

A construção da cidadania está inserida na luta pela democratização dos processos decisórios e o exercício do controle sobre a ação estatal. Ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade.

Para que exista a democratização do Estado, é preciso que exista o reconhecimento dos interesses diferenciados e contraditórios na sociedade. Este reconhecimento tem que se materializar na constituição de canais para a expressão dessas múltiplas demandas e, em espaço, para a negociação de alternativas de ação que as levem em consideração.

O SUS é a proposta de uma política de cunho social que tem, entre outros objetivos, o de reordenar os recursos existentes na área de assistência médico-sanitária do país,

contendo princípios norteadores que conferem determinado padrão de atenção à saúde sob uma nova ótica.

O Artigo 198 da Constituição determina que “as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado, de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade.

A concretização do exercício da cidadania implica no controle social. E para que ocorra a efetivação dos direitos inscritos por lei, existem instâncias que fortalecem o controle social.

O Ministério Público é uma instituição permanente, existente no Brasil, com caráter de defender a ordem jurídica e os interesses sociais, atuando através de promotores de justiça e de procuradores estaduais e federais.

Existe também outra instituição à qual podemos recorrer na defesa dos direitos - é o Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor, que ao receber a denúncia, verifica e exige as providências necessárias para resolver os problemas.

Outros mecanismos de controle social para a efetivação dos direitos à saúde são:

- As Conferências de Saúde, que representam o momento adequado para articular inteiramente as diversas competências

sanitárias atribuídas a determinado nível de governo e estas com as demais políticas que interessam à saúde, seja na esfera ou não.

- Os Conselhos de Saúde, que têm caráter permanente e deliberativo e são órgãos colegiados constituídos por representantes do governo, prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários. Devem atuar na formulação de estratégias e no controle de execução da política pública de saúde - inclusive nos aspectos econômicos e financeiros - da esfera pública correspondente, e suas decisões serão homologadas pelo chefe do Poder Executivo nessa esfera. Foi estabelecido com base na Lei Orgânica da Saúde a obrigatoriedade de destinar metade das vagas de cada Conselho de Saúde para representante de usuários, restando ao governo, aos prestadores de serviço e aos profissionais preenchimento das demais vagas.

Somente após o afastamento do presidente Fernando Collor de Melo e a posse do presidente Itamar Franco é que foram se concretizando algumas ações, especialmente com a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operativa Básica de 1º de maio de 1993, que estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização do serviço de saúde.

Outro marco importante no processo de reestruturação em nível federal do SUS foi a extinção do INAMPS, sendo este o principal foco de resistência à implantação do SUS.

Na época atual, o Ministério da Saúde passa a viver uma crise de recursos, motivo este da falta dos repasses de verbas devido pelo Ministério da Previdência Social, que é o arrecadador das principais receitas da seguridade social e também as dificuldades em se obter recursos alternativos do Ministério da Fazenda.

Tendo em vista esse fato, o SUS volta a viver o impasse de não ter recursos financeiros para repassar aos Estados e Municípios com regularidade, e quando eles chegam, mal dá para pagar os serviços terceirizados; com essa pressão, continuam a ter prioridade e a ser pagos pela esfera federal, quando já deveriam estar sob o controle dos municípios, acarretando com isto o mal funcionamento das unidades de saúde municipais.

Tal situação influencia a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que a falta de recursos faz com que se desacredite das organizações nos serviços públicos, que, conseqüentemente, não conseguem dar um salto de qualidade. Os serviços continuam sucateados, com profissionais insatisfeitos, e a garantia do direito que deveria ser uma ação concreta cotidiana nas Unidades de Saúde, passa a ser mera formalidade.

A descentralização supõe antecipadamente a participação da sociedade que esteja informada e integrada às ações administrativas na comunidade; e não se terá uma descentralização efetiva, se todas as atribuições forem concentradas nos agentes governamentais.

Para Scarbelot (1995:19)

“A municipalização é uma das formas de descentralização. Pode ser enfocada como parte da reforma do Estado que abrange, necessariamente, outros temas que vem sendo objeto de discussões. Entre eles, podem ser mencionados: a revisão do papel do Estado, que tem sido objeto de grandes discussões; o aperfeiçoamento das relações intergovernamentais, que é importantíssimo para a sobrevivência e o aprimoramento da Federação Brasileira; a criação de bases institucionais que viabilizem a participação da sociedade na formulação das

políticas públicas, no controle de sua execução, na avaliação de seus resultados e na apuração das responsabilidades dos agentes políticos”.

Seguindo essa linha, a municipalização vai além da revisão e da distribuição de encargos e recursos, ela pressupõe mudanças nas relações intergovernamentais, bem como nas relações do governo e da sociedade civil.

No processo de municipalização de uma política não se deve motivar o afastamento dos níveis superiores dos governos da instância municipal. Portanto, o fato de se municipalizar uma política não deve significar que o governo da União ou dos Estados se alheiem dessa questão. Existe a necessidade de estabelecer relações de cooperação com o município, auxiliando na superação das dificuldades existentes.

Portanto, com a municipalização de uma política, as relações entre os indivíduos e o serviço público tendem a passar por mudanças, uma vez que os contatos com o governo municipal se distingue das relações intergovernamentais que dão unidade ao pacto federativo.

CAPÍTULO II

AS UNIDADES DE SAÚDE E A VIABILIZAÇÃO DA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

2.1. A EQUIPE TÉCNICA - CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NO DISCURSO SOBRE A QUESTÃO SAÚDE

A década de 80 se apresenta para a população brasileira com um grande problema a resolver: as desigualdades crescentes, refletindo nos direitos de cidadania que não são respeitados. E a incapacidade do Estado, no sentido de amenizar as gritantes injustiças sociais, acentua a situação.

Para Bodstein (1993), a dramaticidade da situação atual do país expressa-se pelo crescente sentimento de incapacidade de se promover um caminho de solidariedade e de coesão, ingredientes fundamentais da vida em sociedade. As conquistas democráticas não parecem suficientes para reverter a situação social.

A democracia política foi conquistada, convivendo, entretanto, com o aprofundamento da desigualdade social; provocando assim, uma crescente segregação entre as classes sociais, constituindo-se numa perversa realidade. Historicamente como se sabe, os avanços e conquistas no campo da cidadania e dos direitos sociais foram alcançados passo a passo. Portanto, a consolidação democrática entre nós, parece não ter alcançado a dimensão social de cidadania. O que vivemos é uma democracia política sem efeitos positivos em termos de usufruto de direitos sociais e melhoria de condições de vida.

Segundo Telles

“...Os direitos sociais são aqui tomados como práticas, discursos e valores que afetam o modo como desigualdades e diferenças são figuradas no cenário público, como interesses se expressam e os conflitos se realizam...” (1994: 91)

Na área da saúde, a contradição ganha uma nitidez desconcertante. Apesar dos avanços tão comentados, que traduzem em princípios constitucionais bandeiras de lutas políticas antigas, a situação da rede de atendimento médico-sanitário vem piorado consideravelmente. Os desafios são antigos: desnutrição, mortalidade infantil, epidemias do início do século, que reaparecem convivendo, lado a lado, com os novos problemas sanitários e ecológicos.

Nesse contexto, é flagrante a sensação de desanimo, de descrença na política, no Estado e na administração pública. Essas sensações contaminam os profissionais, os servidores e a população.

Tal assertiva é confirmada, quando colocamos a questão dos direitos e, especialmente, do direito à saúde, a partir das indicações dos funcionários das unidades sanitárias entrevistadas:

“É ter o direito de quando procurar o atendimento encontrar. Hoje em dia está difícil garantir esse direito”.

“Seria ter condições sócio-econômicas para prevenir as doenças, então o que precisa: direito ao lazer, uma boa alimentação, não de sobre-vida. É o direito do cidadão, de respeito à pessoa”.

“É poder usufruir dos serviços hospitalares, das unidades de saúde, ter acesso aos remédios, alimentação, saneamento básico, moradia , enfim, tudo o que venha a fazer parte da questão da doença, não só no nível clínico, mas também no plano social. E como se diz é um direito do cidadão, não tem por que não reivindicar ou concretizar seu repasse”.

“Legalmente todos temos os direitos perante a assistência, no entanto, mesmo com o SUS, a saúde é clientelizada na ponta, ou seja, no início dos contatos clientes e pessoal de saúde, mas na parte de especialização...”

Os direitos parecem se estruturar a partir da categoria da carência, além das garantias formais e traduzido em uma linguagem pública, que mede os critérios pelos quais os dramas das existências são problematizados e julgados nas suas exigências de equidade e justiça. Portanto, resulta num modo determinado de tipificar os problemas da vida em sociedade, de figurar diferenças e desigualdades e de conceber a ordem das equivalências que a questão da igualdade e da justiça sempre coloca como um problema irredutível à equação jurídica da lei, por pertinente ao terreno conflituoso e sempre problemático da vida social.

Portanto, isso depende da constituição de espaços públicos nos quais as diferenças se expressem e se representem em possíveis negociações; onde valores e argumentos circulem formando opiniões a respeito da dimensão ética da vida social, podendo constituir-se em uma moralidade pública através da convivência democrática com as condições e os conflitos existentes - exigindo, assim, o exercício dessa capacidade moral de decidir entre o justo e o injusto.

Fica explicitado, também, nessas falas dos profissionais, uma grande evidência da não concretização da lei no setor saúde, permanecendo somente no aspecto formal, contrariando assim um dos princípios doutrinários do SUS: que é a universalização do direito à saúde.

Para Bodstein (1993), a “universalização inclusiva” contrapõe-se a “universalização excludente”; consequentemente, o acesso universal, contrapõe-se ao acesso seletivo.

Os impasses impostos à concretização do direito universal à saúde conjugam fatores diversos como: a relação mais estrutural entre o Estado e a sociedade, o relacionamento próprio da forma de regulação social do estado brasileiro, os fatores vinculados à própria dinâmica interna do sistema-saúde e os mecanismos internos de serviços

enquanto operacionalização quotidiana de uma política. Estes mecanismos incluem a maneira como se expõe o corporativismo médico, a resistência das instituições à necessidade e as diversas exigências manifestadas pela população, no sentido da manutenção e da modificação, referente à problemática do acesso aos serviços de saúde.

A questão a “universalização excludente”, citada por Bodstein, expressa-se nas falas da equipe técnica quando se trata da concretização do direito a saúde pelo SUS.

“Precariamente existe também a forma do clientelismo, uns conseguem o atendimento mais rápido do que o outro, por terem mais conhecimento com as pessoas do posto. O sofrimento é grande, como se já não bastasse toda a miséria em que vivem, existe a dificuldade de usufruir do direito”.

“Sabe! O planejamento para a implantação do SUS foi a nível de Primeiro Mundo, porém a realidade é contrária”.

...As limitações são mais econômicas. Está começando a aparecer problema de desnutrição, saneamento básico, meio ambiente e a própria condição de moradia”.

“Não está sendo feito. Um pouco é porque a própria população não tem bem claro que pode usufruir, exigir. Vem procurar o posto, e se o médico é para daqui a 15 dias, estes nem discutem; vão para as emergências dos hospitais. Eles não se acostumaram a ver que o profissional tinha que estar no posto”.

As falas da equipe técnica evidenciam um deslocamento entre o processo de trabalho desenvolvido nas unidades sanitárias e o discurso. Não identificam o que seria a concretização do direito a saúde no cotidiano e não estabelecem a conexão entre as ações concretas e direito à saúde. No entanto, algumas falas apontam para o seguinte: uma análise crítica das desigualdades sociais e a forma de enfrentá-las, evidenciando insuficiência do sistema de saúde para dar conta da questão e o reconhecimento da escassa participação

popular enquanto possibilidade de alteração da precariedade do sistema. As estratégias para resolver a “ausência do médico” se limitam a busca das emergências dos hospitais.

Neste sentido, mesmo tendo o direito à saúde assegurado por lei, fica explicitado que o cidadão, muitas vezes, não exerce o seu *papel de sujeito* e sim de *sujeitado*. Sujeita-se, somente, aos serviços que estão sendo oferecidos no momento; não se mobiliza em busca das necessidades que não estão sendo atendidas. Somente através do controle social, é que se podem tornar o Estado concretamente de direito, efetivamente público, desprivatizando interesses e introduzindo cenas de claras negociações.

Segundo Sposati e Lobo (1989:75)

“...o controle social, como operação química que mistura vontades e interesses, vai apresentar resultados dos mais explosivos aos mais insonsos”.

Sendo assim, o controle social deve corrigir as falhas da democracia representativa, introduzindo novos “sujeitos-democráticos-populares” e aumentando, ao mesmo tempo, a democracia política e a democracia social. A maneira abrangente como se constituem os movimentos e as representações de saúde que dão a liberdade de construir à “idéia-possibilidade” de superar o exercício da democracia representativa nos limites do Estado de Direito, maneiras de democracia direta, exercitando a construção popular da democracia que é uma exigência à sociedade brasileira, tradicionalmente autoritária, elitista e clientelista no seu estilo de *fazer* política. (SPOSATI E LOBO, 1989)

Embora a equipe técnica reconheça a escassa participação popular e a precariedade do sistema, não apresenta, em nenhum momento, ações concretas que possibilitem a mudança desse quadro.

Cecílio (1994) afirma que a adesão dos trabalhadores a um novo projeto de sociedade ou de saúde, está articulado ao reconhecimento de que esse novo estilo de vida já é

possível hoje; onde o dia-a-dia não precisa, obrigatoriamente, ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo; que o trabalho em um centro de saúde ou em qualquer outra instituição pública, tem a possibilidade de ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade ou um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, ultrapassando o papel tradicional do próprio trabalho que é o de, quando muito, garantir a sobrevivência e um determinado nível de consumo.

Relacionando a concepção de Direito à saúde, situa-se a própria concepção do que é saúde. Atualmente, ela é entendida por vários autores a partir de determinantes econômicos, políticos e sociais e não apenas sob a ótica da causalidade biológica.

Laurell (1991: 101) aponta que

“... os determinantes históricos afirmando que a condição de vida e saúde está diretamente ligada ao modo de produção e a apropriação de bens na sociedade capitalista. Além disso afirma a necessidade de se fazer um diagnóstico ou se conhecer o quadro nosológico da população e não apenas de sujeitos que individualmente procuram a Unidade de Saúde”.

Assim, destaca a importância de se pensar *saúde* na amplitude do perfil patológico da população, ficando atento para as suas diferenças, em detrimento da visão individual adotada pela postura médico-biológica.

Ao falarmos em saúde, pensamos todos os aspectos que dizem respeito à condição de vida e trabalho; neste sentido, as visões particularizadas sobre saúde, não apresentam suficiência para possíveis soluções em elevar o quadro sanitário da população.

A concepção mecanicista da vida que dominou a medicina e as atitudes médicas em relação a saúde, resulta da visão cartesiana da vida: a rigorosa separação entre

mente e corpo, a divisão entre espírito e matéria, e a fragmentação das disciplinas acadêmicas é consequência desta visão. (RIZOTTI, 1991)

“Saúde é ter saúde. Uma das coisas que está difícil, hoje em dia. O pessoal procura o Posto de Saúde e sempre encontra algumas dificuldades no atendimento. Nunca é como a pessoa espera, influenciado na saúde. É ter uma boa alimentação, condições financeira e paz de espírito”.

“Não é negação de doença. Saúde, hoje, nesse contexto de vida que levamos é complicado definir saúde... ter condições sócio-econômicas para se manter... Eu gostaria de fazer um trabalho de prevenção na Saúde Pública não fazemos, porque o cara que chega aqui doente, 80% é doença social, se não for mais”.

“É o bem-estar mental de cada indivíduo. Agora o que é preciso para ter saúde é o nosso governo dar condições para nosso povo, salário com condições de sobreviver”.

Assim, as falas dos profissionais indicam uma reflexão crítica entre a carência, demandas e direitos, atribuindo a falta de consciência política da população, em relação a exigência pela concretização de seus direitos. Os aspectos refletidos referentes à política de saúde pelos profissionais dizem respeito à maneira como são conduzidas as políticas sociais.

Na estrutura capitalista, a política social serve ao poder econômico, e o setor saúde, conseqüentemente, gira em função de minimizar os efeitos do desgaste da força de trabalho, atentando paliativamente para as condições econômicas, sociais e políticas que determinam vida ou morte (RIZOTTI, 1991)

Para Simionatto e Nogueira

“... o não cumprimento dessa função estatal não se limita apenas a princípio ético-morais, mas exige investimentos financeiros que dêem sustentação a concretude de tais direitos, que estão constantemente se ampliando e complexificando”. (1995: 05)

Existe um sucateamento de recursos no setor saúde, fazendo com que as ações da mesma fiquem amarradas somente em aspectos formais. Todo esse descaso é fruto de um processo histórico, que precisa ser alterado. Não podemos mais conviver com a injustiças sociais de maneira natural, como se devesse fazer parte de nossas vidas, apesar de que, culturalmente, fomos moldados para isso.

2.2. O USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE FACE AO DISCURSO E PRÁTICA DO SUS NA REDE PÚBLICA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO À SAÚDE

As falas dos usuários e equipe técnica revelam que as concepções de saúde são semelhantes, significando, que não se introduziu uma nova concepção de saúde, que ampliasse a da equipe técnica confirmado como foi ao colocarmos para o usuário sobre a questão:

“Uma boa alimentação?. Aqui para nós é esgoto, água; tudo isso é necessário para ter saúde”.

“Uma boa alimentação, em primeiro lugar; depois um bom cuidado com a higiene das crianças e da gente”.

“Seria uma boa alimentação. A gente é pobre e não temos boa alimentação. Ganhamos pouco para comprar a alimentação de que precisamos, e nem temos dinheiro para comprar remédios”.

“Se alimentar bem”.

“Um bom salário. Tudo vai na base da alimentação da pessoa. Uma má alimentação destrói a saúde. É ter também uma boa higiene”.

Os depoimentos passaram pela questão da desigualdade social, na qual fatores como alimentação, saneamento básico, renda e outros são percebidos como condições para se ter saúde.

Todas essas carências levantadas evidenciam um cotidiano precário. Portanto, fica explícito nos depoimentos que a percepção predominante é a possibilidade de condições dignas de saúde ligada a um conjunto de fatores evidenciados, basicamente, pela equidade no acesso a serviços e benefícios de infra-estrutura, associado à possibilidade de garantia e condições salariais justas.

Portanto, mesmo tendo o direito à saúde assegurado por lei, o acesso a saúde é de acordo com uma definição de classe social e consequentemente vincula-se a concepção de saúde.

Tudo isso não é nenhuma novidade; segundo Donangelo Pereira (1979), a própria Medicina antiga, já diferenciava, através de sua prática, a origem social do paciente; tal diferenciação ganha especificidade nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim sendo, mesmo a partir do instante em que o cuidado médico se difundiu num sentido mais amplo, verificou-se, paralelamente de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados aos cuidados médicos de acordo com o seu significado para o processo econômico e político. Por outro lado, há uma variação nas instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientela, a qual se exprime, em grande parte, em seu caráter “privado” ou estatal, não se esgotando por aí.

O valor do mercado, do consumo, está impregnado nas ações médicas, confirmando-se nos depoimentos dos usuários referentes à indagação: Alguma vez você veio consultar e não tinha médico no posto de saúde?

“Não, mas eles chegam atrasados e isso é chato”.

“Sim, várias vezes isso acontece”.

“Sim, estavam em reunião na Prefeitura”.

“Não, mas chegam atrasados”.

“Quase sempre, hoje é um dia, o médico não veio porque não tinha dinheiro para pagar o ônibus. A gente está aqui de bobeira. Temos filhos pequenos e perdemos nosso tempo. Chegamos aqui; um não veio porque a mãe estava doente e outro porque não tem dinheiro para gasolina”.

“Não, mas sempre demoram”.

“Já estive aqui e não consegui”.

A questão do atraso freqüente expressa uma falta de compromisso, como se o profissional de saúde relegasse sempre, ao segundo plano, o trabalho nas Unidades Sanitárias. Essa diferença parece permear esse tipo de comportamento numa lógica que não é encontrada no setor privado - que como o atendimento é público, parece que o caráter de público impede o efetivo compromisso com o usuário.

O “caráter de compromisso” parece se efetivar quando há uma remuneração imediata do ato médico, em um valor estipulado pelo mercado.

Essas afirmativas são fruto de um modelo decorrente do processo histórico, através do qual a prática médica guarda o componente de mercado e onde a questão do atendimento à saúde era feito por meio de contratos e pagamentos de contribuição previdenciária e outros tipos de seguros, privilegiando os setores privados. Não havia muitas ações de saúde preventivas; fazendo com que o indivíduo procurasse os serviços de saúde só no caso de última necessidade.

Os próprios usuários dos Centros de Saúde dão conta ou expressam essa situação, mas não relacionam essa insatisfação a uma ausência de compromisso. Não identificam que esse tipo de comportamento desqualifica o direito à saúde. E ao não identificarem esta relação não apresentam condições de revertê-la, porque não há um reconhecimento da importância do controle social. As queixas e reclamações permanecem em plano individual, não se aglutinando em vontade coletiva para que se possa reverter a situação.

A prática médica, enquanto prática técnica que considera o corpo como objeto principal, permanece individualizada ao nível do tratamento terapêutico, conforme se confirma na concepção dos usuários.

“Para consultar o médico”.

“Só no caso de extrema necessidade”.

“Quando estou com dores”.

“Só quando estou doente”.

“Só quando estou doente porque com saúde, a gente não vem para cá”.

“Porque tenho manchas na pele, então vim procurar um dermatologista”.

“Quando a gente precisa para médico e para dentista”.

Dentro desse contexto as respostas obtidas são reflexos de um processo histórico decorrente de um sistema mercantilizado e individualizado, nas quais o usuário não conseguiu incorporar uma nova ética na atenção à saúde, onde se deve abrir um espaço para o social, reestruturando seus instrumentos e objetos, elegendo para o seu campo de exercício, os limites mais amplos da vida coletiva.

A falta de conhecimento em relação às políticas públicas, particularmente na área da saúde, revela-se quando, somente dois, dos usuários entrevistados conhecem o Sistema Único de Saúde.

“Acho que é atender todas as pessoas”.

“Eu acho que SUS é plano de saúde gratuito. Agora é obrigado por lei o governo dar assistência médica”.

Para conseguirmos inverter tal situação, é necessário que a população tenha acesso às informações sobre o SUS, para que possa lutar pelos seus direitos. A informação é um processo dinâmico e complexo que envolve componentes tecnológicos, políticos, econômicos e ideológicos, associado ao referencial metodológico.

Nesse sentido, coloca Mello (1991), segue-se um enfoque interdisciplinar e intersetorial, estratégia esta para orientar discussões em cima da definição de uma forma de informar a população sobre os serviços de assistência à saúde no Brasil; considerando os

aspectos voltados para o apoio de um processo de tomada de decisão compatível com a nova ordem constitucional e societária.

Para que consigamos construir uma democracia, neste sentido, é necessário que se desenvolvam mecanismos de controle dos governados sobre o governante. É enfatizando a necessidade da população de resistir de se proteger contra a arbitrariedade e de ter como condições básicas, o controle sobre as autoridades para que as leis sejam percebidas como uma transação entre iguais e para que os indivíduos cumpram as ditas leis por sentirem que participaram de sua criação.

O entendimento do usuário em relação ao direito à saúde perpassa pelas questões: novamente o conceito de tratamento terapêutico individualista do *poder médico*; a questão de não se sentir *sujeito* e sim *sujeitado* e a questão da burocratização das instituições.

“É todo mundo ter direito ao hospital. Chegar lá e tem um monte de burocracia”.

“É a pessoa ser bem atendida no sentido: abranger todos os atendimentos e especialidades médicas, fazer exames clínicos”.

“É ter médico, chegar e ser atendido”.

“As pessoas quando precisarem do médico, conseguir”.

“Ter especialistas e conseguir consulta. Muita burocracia”.

Estas respostas direcionam-se também no sentido da burocratização institucional. Essa percepção decorrente da cidadania que não se desenvolveu no Brasil - não é ampla e não resulta da consciência de que o indivíduo contribui para a riqueza e o bem-estar do país, e tem o direito de ser ouvido e de ser respeitado.

Segundo Spink

“A Noção de direitos sociais como decorrentes da contribuição que os cidadãos fazem para a riqueza da nação é como um

atributo da cidadania, como a forma de compensar o indivíduo pelo seu consentimento em ser governo, como sugere Bendix (1996), não parece estar universalmente presente no Brasil”.
(1994: 17)

Quanto à questão da burocratização também explicitada nas falas, segundo Faleiros (1985: 35), as instituições que na função de controle social realizam formas de recuperação e de distensão social por intermédio da divisão do cliente e dos problemas, do adiantamento das soluções, oferecem respostas simbólicas e parciais.

Tal afirmação é contida nas falas dos usuários em relação ao que ele acha do atendimento do Posto de Saúde.

“Bom, o pessoal trata com carinho, é alegre, a gente doente precisa ser bem tratada”.

“Bom, eles atendem bem, são legais”.

“Depende do funcionário, tem funcionário que trata bem, que são educados”.

“O médico não é 100 % é só 50% e tem funcionários bons e tem outros que atendem a gente super mal”.

“A articulação entre o profissional contratado para a manipulação de recursos imediatos, o relacionamento psico-social e o fortalecimento das organizações sociais é um grande desafio para os trabalhadores sociais. O saber profissional muitas vezes tem servido para deslegitimar e desmobilizar as organizações populares (FALEIROS, 1985: 27).

O entendimento dos usuários em relação ao atendimento do Posto de Saúde está contido mais nos aspectos da relação pessoal e equipe técnica; eles não conseguem expressar em suas falas que o atendimento no Posto está ligado às questões de saúde como um todo e que estas sofrem influências do poder público.

O fato de se ter colocado a citação de Faleiros acima, é para ressaltar nessas falas, a expressão do *poder* que os técnicos têm em relação à população. Em suas ações quotidianas, no Posto, tanto podem mobilizar a população para a mudança com respeito ao

acesso à saúde, quanto podem atender simplesmente, sem esclarecer onde está a falha neste setor.

Dentro desse contexto conclui-se de que não é o fato de o direito à saúde estar inscrito na Constituição que se garante o cumprimento automático do mesmo, e sim, quando usuário e equipe técnica se colocarem como aliados, em busca de um mesmo objetivo, (de uma cidadania plena) que se terá força para se fazer cumprir a lei.

“Não basta o avanço virtual da norma em considerar a saúde como direito. A cabeça, o modo de pensar, as representações, o imaginário dos trabalhadores de saúde é que dão formas a esses direitos à população ao atendê-la no balcão, na consulta ou na portaria”. (SPOSATI E LOBO, 1993:72)

Em apenas uma das unidades pesquisadas, encontramos um livro de reclamações e sugestões a que o usuário tem acesso. Havia uma cartaz que divulgava a existência deste: “Colabore: Reclamações, registre-as por escrito no livro de ocorrências, com identificação, endereço, data e horário! Não serão aceitos sem registro destes dados. Colabore com a melhoria do posto”.

Ao mesmo tempo que é uma forma democrática de reivindicação da população ela também intimida pelo fato de que a pessoa tenha que assumir seu registro ao ter que se identificar por meios de assinatura (documento).

Constatamos que tais exigências são colocadas porque a Secretaria da Saúde do Município só aceita reclamação se for por meio de identificação do usuário; segundo funcionário da Unidade de Saúde.

Em outro Posto, existe uma caixa de sugestões, não sendo necessário a identificação do usuário; mas mesmo assim, não é usada pelo mesmo.

A democracia brasileira já permite em nível legal o direito, pelo menos da reclamação pública. Entretanto, vista como tal, não ocorre. Isso pode ser devido ao fato de

que a política brasileira, culturalmente, ainda convive com o *fenômeno do coronelismo*; consequentemente a população se sujeita ao poder dos proprietários donos da política local. Sob coerção e medo, só é dito o que se quer ouvir, significando a anulação da vontade própria. É a chamada *herança patrimonialista*. (SPOSATTI E LOBO, 1989)

“...a presença popular não é ‘estilo populista’ de esquerda ou ideário de sanitaristas ou de assistentes sociais ‘que adoram uma reuniaozinha’. É direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública. É desprivatizar interesses. É introduzir ‘cenas de negociações explícitas’”. (SPOSATTI E LOBO, 1989: 74)

Um indivíduo alienado é um indivíduo conformista, que não se utiliza de instrumentos que proporcionem o exercício democrático de direitos e de sua cidadania. O motivo do indivíduo não se utilizar do instrumental para facilitar a efetivação de sua cidadania está extremamente ligado ao aspecto cultural - não fomos preparados para ocasionar mudanças e sim, para manter a ordem, o *novo* nos provoca medo, fazendo com que muitas vezes deixemos de aproveitar espaços democráticos, que nos possibilitariam os exercícios da cidadania.

Portanto, dentro do processo histórico, surgem necessidades que independem da vontade do indivíduo intrinsecamente relacionada com a dinâmica da forma com que se estruturam as relações sociais, o modo de produção e os valores para a satisfação das necessidades (SIMIONATTO E NOGUEIRA, 1994).

“O usuário-consumidor é um sujeito-democrático virtual na construção da política de saúde, e não uma carente a ser atendido por uma instituição transformada em ofertante de serviços, negadora, em sua prática, dos direitos dos cidadãos”. (SPOSSATI E LOBO, 1989: 66)

Neste sentido, o controle social possibilita a ruptura da regulação, e se torna um espaço possível de caminhos da regulação na esfera pública e também possibilidade de

romper o caráter privatista que favorece somente a uma minoria privilegiada. Saúde é um direito e não pode ser vista como mercadoria.

“O viver sujeitado, conformado a mediocridade, submetido à disciplina de normas burocráticas, a lógica da produtividade pela produtividade, é ao mesmo tempo, consequência da hegemonia capitalista e um dos seus principais meios de reprodução - uma de suas explicações causais”. (CECÍLIO, 1994: 68).

Portanto, essa situação deixa claro que existe a necessidade de trabalharmos para a criação de uma nova cultura política, democrática, que traga a alteridade, enquanto capacidade de exercício do protagonista na defesa dos interesses que se contrapõem ao estabelecido.

2.3. SITUAÇÃO QUOTIDIANA QUE REFLETE O (NÃO) DIREITO À SAÚDE

O acesso ao serviço de saúde nas Unidades de Atendimento Primário a Saúde de Florianópolis não são organizados de acordo com a demanda existente, e sim, de acordo com o tempo em que o profissional (médico) fica no Posto.

O trabalho médico ao longo do século XX vem sofrendo modificações; foram imprimindo novas características a consultas: na prática liberal, era o paciente que escolhia o médico segundo variados critérios, sendo o conteúdo da consulta, o número e a frequência do retorno estabelecidos caso a caso. Com a institucionalização da Medicina e o assalariamento do médico, modificaram-se as relações médico/paciente, particularizaram a abordagem do doente entre especialistas e ampliaram, cada vez mais, a incorporação da tecnologia material ao ato médico.

Atualmente, para um usuário conseguir uma consulta pelo SUS para algumas especialidades médicas, demora mais de um ano (afirmação contida nos livros de marcação de consulta das unidades de saúde). Este livro existe pelo fato de haver uma central de marcação de consultas, que agenda as mesmas por telefone. Com a criação dessa central a fila que, anteriormente, se concentrava na frente do “INPS”, segundo técnicos e usuários, é agora mascarada pela *fila do telefone*, ou seja, para o técnico conseguir uma ligação para a central de marcação leva horas, sem contar o tempo de espera do usuário até o dia da tão esperada consulta. Esse fato não impede de se formar a *fila da madrugada*, onde, em algumas unidades, o usuário tem que ir mesmo de madrugada para conseguir um Clínico Geral - quando tem; pois as unidades estão desfalcadas em seu quadro profissional.

A área social não dispõe de recursos financeiros próprios, embora o executivo queira melhorar o quadro funcional, ele depende da aprovação do poder legislativo, para obter recursos.

Também a baixa remuneração nos setores públicos, faz com que muitas vezes, não se consiga preencher o quadro com os profissionais necessários.

A concretização do direito universal à saúde concentra-se ainda nos aspectos formais, longe do discurso da atual gestão. Não pelo fato de que inexistia vontade de alteração da concretização do direito à saúde, mas sim, pelo fato de, mais uma vez, o legislativo tende a bloquear o executivo, por causa de divergências políticas. Hoje, no Sistema de Saúde, o legal está mais avançado do que o real.

A “universalização excludente” fica registrada, ou seja, documentada, além dos livros de marcação de consulta, nas receitas médicas dos usuários, que raramente conseguem um dos remédios prescritos em suas receitas médicas.

A população usa o Sistema de Saúde sem saber como é o seu devido funcionamento legal, somente sente na pele sua deficiência.

Há uma maneira muito rudimentar de divulgação do SUS. *Os cartazes*, uma vez considerado uma forma de divulgação dos direitos do cidadão, são confeccionados de tal maneira que o que era para ser entendido pela população como direito, parece ser um favor - caracteriza-se mais como campanha político-partidária.

Essa maneira de divulgação torna-se ineficaz no sentido de esclarecimento, uma vez que em nossas idas e vindas às unidades, observamos que os usuários raramente lêem os cartazes. Isso acontece também com a Revista “Saúde para Todos” e folders que se encontram nas unidades. O usuário até pega, mas dá para o filho segurar (brincar), serve até de leque para amenizar o calor.

Tal situação atribui-se pelo fato desses materiais ficar em cima da mesa de recepção sem nenhum tipo de esclarecimento sobre os mesmos. Muitas vezes o usuário nem toma posse destes, pois não sabe se pode pegá-lo.

Através destas, concluímos que, antes de confeccionar esses tipos de materiais, deveria ser pensado anteriormente em uma forma de divulgação mais direta, que chegasse mais próxima da população.

Nós que acompanhamos a discussão no Conselho Municipal de Saúde - CMS, sobre a criação de uma revista que divulgasse as ações de saúde do Município, e sabemos que o custo final desta foi oneroso, devemos voltar a discutir uma melhor forma de divulgação da mesma. Se realmente queremos usuários esclarecidos, temos que trabalhar para isso.

“Instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços, mas igualmente, à sua conformação em um direito”. (CEDEC - Cidadania e Políticas Públicas)⁵

O acesso ao serviço de saúde para o usuário, tem de proporcionar que o mesmo se sinta, como expressam Lobo e Sposati (1989), um sujeito democrático virtual na construção política de saúde, e não, como um necessitado a ser atendido por uma instituição especializada em somente oferecer serviços, que não expressam em sua prática o direito do cidadão.

⁵ Lobo e Sposati. Controle social e Política de Saúde - 1989.

Considerações Finais

Partindo de uma abordagem histórica da constituição dos direitos, passando pelos direitos sociais, até desembarcar no direito à saúde, observamos que existe ainda uma incapacidade estatal, no sentido de amenizar as gritantes injustiças sociais, refletindo na precariedade dos serviços de saúde.

Apesar do direito à saúde já estar, legalmente, assegurado, isto não implica na sua efetivação imediata.

A contradição no setor saúde é desconcertante. Mesmo com os progressos tão comemorados, que se expressam em princípios constitucionais, a situação da rede de atendimento médico-sanitário vem se agravando consideravelmente. Os desafios antigos como mortalidade infantil e epidemias, se misturam à carências atuais.

Verificamos que a percepção de direito, definida na fala da equipe técnica se estrutura a partir da categoria *carência*, além das garantias formais que medem os critérios pelos quais os dramas das existências são problematizados e julgados nas suas exigências e justiça.

Os técnicos não conseguem identificar o que seria a concretização do direito à saúde, apontando algumas falas para uma análise crítica das desigualdades sociais e a forma para enfrentá-las, evidenciando assim, a insuficiência do sistema de saúde no sentido de dar conta da questão e, também, em reconhecer a escassa participação popular enquanto possibilidade de alteração.

As conquistas democráticas não são suficientes para reverter a situação atual. No Brasil, tal dramaticidade é expressada pelo avançado sentimento de incapacidade de se

proporcionar uma caminho de solidariedade e coesão, que segundo Bodstein (1993), são ingredientes fundamentais da vida em sociedade.

Concluimos esse trabalho de pesquisa, sabendo que há muita coisa para explorar sobre esse assunto. Porém, no estudo que fizemos até aqui, conseguimos chegar a alguns resultados e conclusões. Pudemos verificar que não é o fato de que o direito à saúde esteja assegurado por lei que se concretiza mecanicamente nas unidades de saúde pesquisadas; a concretização só ocorrerá quando equipe técnica e usuário se colocarem como aliados, dentro de um processo de conquista e mudança do setor saúde.

Dentro da própria concepção de saúde da equipe técnica está subentendida a concepção de direito à saúde. As falas se direcionam, novamente, para uma reflexão crítica entre carência, demandas e direitos.

No entanto observamos também, que não houve uma alteração da concepção de saúde pela reiteração das práticas usuais e isso significa que não se introduziu uma nova concepção de saúde.

Os usuários expressam em suas falas, insatisfação em relação ao atraso dos profissionais, mas não conseguem relacionar a ausência de compromisso, não identificando esse comportamento profissional como um ponto que contribui para a desqualificação do direito à saúde. Tal faz com que não se apresente condições para revertê-la, motivo este, do não reconhecimento da importância do controle social.

O entendimento do usuário em relação ao direito à saúde perpassa pelas questões do tratamento terapêutico e individualista do *poder médico*; a questão de não se colocar como parte integrante do sistema, o se fazer sentir sujeito e a questão da burocratização nas instituições.

O acesso ao serviço de saúde nas Unidades de Florianópolis contém uma perspectiva universalizante, mas não é ao mesmo tempo efetivo. A atenção aos serviços não é organizada de acordo com a demanda existente e sim, a partir do tempo em que o profissional (médico) fica no Posto.

A concretização do direito à saúde evidencia-se, basicamente, nos aspectos formais, longe de uma concretização universalizante, devido ao sucateamento de recursos no setor saúde.

Por fim, o Serviço Social coloca, atualmente, como exigência ou tarefa, o pensar o objeto, os fenômenos sobre os quais trabalha a partir do processo de produção do conhecimento sobre a realidade social. Portanto, tal produção só acontece, a partir do instante em que se incorpora a pesquisa na prática profissional.

Concluindo esta exposição sugerimos para os profissionais que atuam na saúde e especialmente o Assistente Social, um trabalho mais em nível conscientizante, que não caia mais nos vícios institucionais e atinja não somente os problemas imediatos, que atentem de forma mais efetiva a dimensão política da ação profissional e apontem para que a conquista e garantia da cidadania, enfim, para que o direito à saúde seja uma realidade.

BIBLIOGRAFIA

BOBBIO, Norberto e outros. *Dicionário de Política*. Editora Universidade de Brasília, 1986, Brasília/DF.

BODSTEIN, Regina. *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas*. Editora Vozes, São Paulo, 1993.

CAMPOS, Gastão V. de Souza. *Reforma da reforma - Repensando a Saúde*. HUCITEC, São Paulo, 1992.

CASTRO, Cláudio de Moura. *A Prática da Pesquisa*. McGraw-Hill Ltda. São Paulo.

Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

COHN, Amélia et alii. *A Saúde como Direito e como Serviço*. Editora Cortez/CEDEC, São Paulo, 1991.

_____. (Org.). *A Saúde como Direito e Serviço*. São Paulo, Cortez, 1991. In: *Pensamento Social e Saúde - Vol. 7*.

COSTA, Nilson do Rosário et alii. *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Editora Vozes. Petrópolis. 1989.

DAGNIO, Evelina (Org.). *Os Anos 80: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1994.

DALLARI, Sueli G. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. 1995, São Paulo, Editora HUCITEC.

Direitos e Direitos. In: Lua Nova. Revista de Cultura e Política. nº 30, 1993

DONANGELO, Maria Cecília F e PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. 2ª edição, São Paulo.

Duas Cidades, 1979.

ESPINOZA, Aracy Witt do Pinho e outros. *Pesquisa Social em Saúde*. Editora Cortez, São

Paulo, 1989.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Saber Profissional e Poder Institucional*. São Paulo, Cortez,

1985.

FILHO, Roberto Lyra. *O que é Direito*. Brasiliense, São Paulo, 1985.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Atlas, São Paulo, 1991.

GUIMARÃES, Reinaldo e TAVARES, Ricardo. *Saúde e Sociedade no Brasil*. Editora Graal,

1994. 4ª edição, Rio de Janeiro.

LABBATE, Solange. *O direito à saúde: da reivindicação à realização: projetos de política*

de saúde em Campinas. Tese de doutorado. Vol.. I e II, São Paulo: USP, 1990.

LEWIN, L. *Direitos Humanos: Perguntas e Respostas*. Brasiliense, São Paulo, 1985. p. 91-92.

MAGAJEWSKI, Flávio R. Liberatti. *Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema Único em Santa Catarina no Período de 1987-1990*. Florianópolis, 1994. Dissertação de Mestrado.

MARCHIAVELLI, Nicoló Di Bernardo. *O Príncipe*. Editora Moraes. 1992.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classes Sociais e Status*. Zahar, Rio de Janeiro, 1967.

MELLO, Kettyn Sônia de. *Conhecimento da População a Respeito do Sistema Único de Saúde - Um Estudo Realizado Junto ao Hospital Universitário de Santa Catarina*. Trabalho de Conclusão de Curso, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário: O processo de mudança das práticas*

Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/RJ, HUCITEC - ABRASCO, 1994.

MINAYO, Maria C. Souza, *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. Editora:

HUCITEC/ABRASCO. São Paulo/Rio de Janeiro, 1995.

MOURA, Demócrito. *Saúde não se dá: Conquista-se*. HUCITEC, São Paulo, 1989.

OLIVEIRA, Heloisa M. J. de. *Assistência Social: Do Discurso do Estado à Prática Social*.

Florianópolis, ISSC, 1989.

PINHEIRO, Ralph Lopes. *A História Resumida do Direito*. Rio de Janeiro, 2ª edição, 1981.

Relatório da VII Conferência de Saúde. Brasília, 1988.

ROCHA, Ruth. *Minidicionário*. Editora Scipione, São Paulo, 1995.

ROSEN, Georg. *Uma História da Saúde Pública*. Editora Afiliada, São Paulo, 1994.

SCARBELOT, Roberta. *O Processo de Descentralização e Municipalização da Saúde*.

Trabalho de Conclusão de Curso, UFSC, 1995.

SILVA, Benedito e Outros. *Dicionário de Ciências Sociais*. Editora Fundação Getúlio

Vargas. Rio Grande do Sul, 1986.

SPINK, M.J. Paris (org.) *A cidadania em Construção, uma reflexão Transdisciplinar*.
Editora; Cortez, São Paulo, 1994.

SPOSATI, Aldaíza e LOBO, Elza. *Controle Social e Políticas de Saúde*. Cadernos do CEAS
nº 139. Salvador, 1992.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). *Reforma Sanitária: Em busca de uma Teoria*. Editora
ABRASCO São Paulo, 1989.

UNGER, Roberto M. *O Direito na Sociedade Moderna*. Editora Civilização S.A. Rio de
Janeiro, 1979.

WOLKMER, Antônio C. *Pluralismo Jurídico: Fundamentos de uma Nova Cultura no
Direito*. Editora Alfa-Omega. São Paulo, 1994.